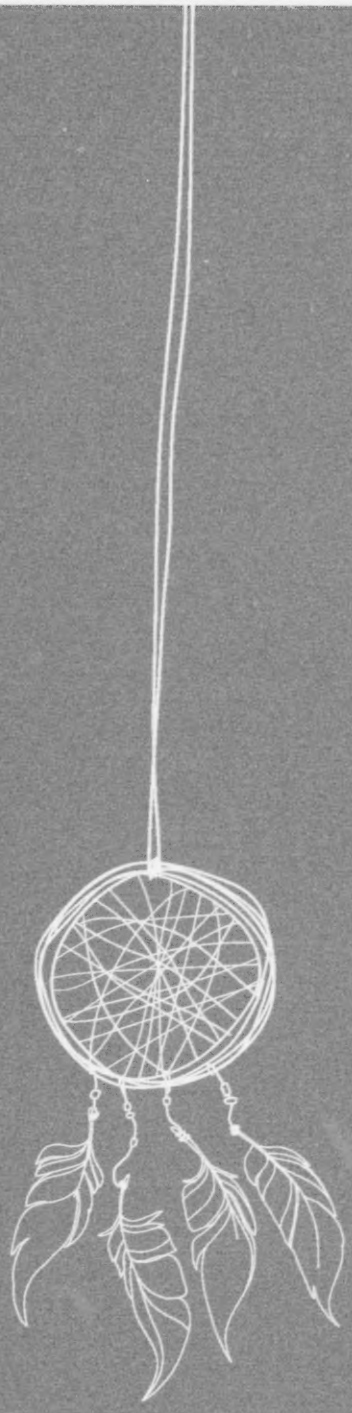


Prévention et gestion des maladies chroniques dans les communautés des Premières Nations :

UN CADRE D'ORIENTATION (VERSION RÉSUMÉE)

Services aux Autochtones Canada
Indigenous Services Canada
Canada

Also available in English under the title:
Preventing and Managing Chronic Disease in First Nations Communities: A Guidance Framework (Summary version)

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Services aux autochtones Canada
Indice de l'adresse 0900C2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : 613-957-2991
Sans frais : 1-866-225-0709
Téléc. : 613-941-5366
ATS : 1-800-465-7735
Courriel : publications@hc-sc.gc.ca

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre des services aux autochtones Canada, 2018

Date de publication : février 2018

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat. : H34-313/2-2017F-PDF
ISBN : 978-0-660-09260-7
Pub. : 170177

Table des matières

1.0 **Introduction** 5

1.1 Contexte 5

1.2 Santé, mieux-être et culture des Premières Nations 5

1.3 Que sont les maladies chroniques? 6

1.4 Déterminants de la santé 6

1.5 Objet du *Cadre* 7

1.6 À qui le *Cadre* s'adresse-t-il? 7

2.0 **Cadre d'orientation** 8

2.1 Élaboration du *Cadre* 8

2.2 Énoncé de vision 9

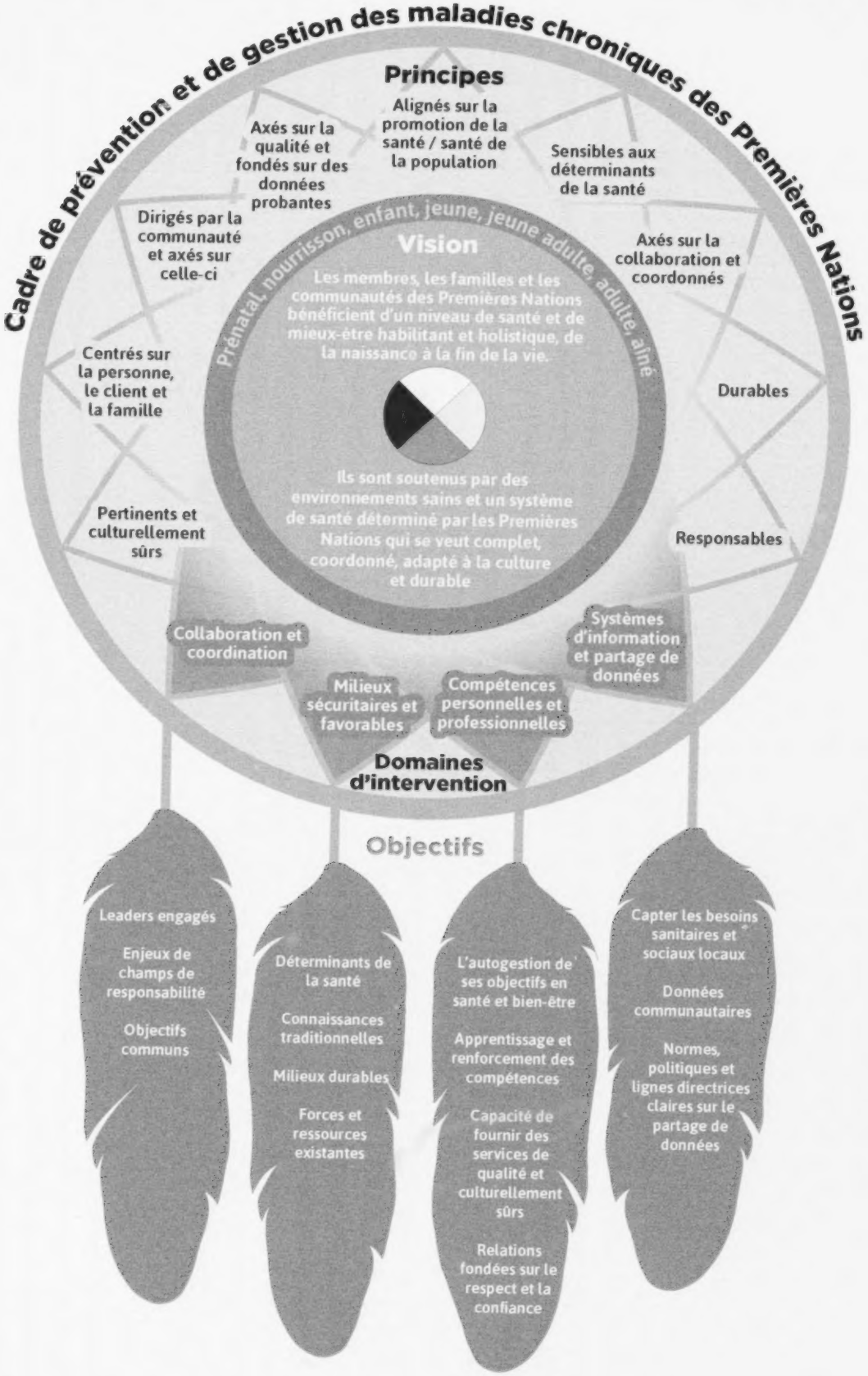
2.3 Principes directeurs 9

2.4 Domaines d'intervention 9

1. Collaboration et coordination 10
2. Milieux sécuritaires et favorables 14
3. Compétences personnelles et professionnelles 19
4. Systèmes d'information et partage de données 23

3.0 **Conclusion** 26

Notes de fin de document 27


Cadre de prévention et de gestion des maladies chroniques des Premières Nations
Principes
Alignés sur la promotion de la santé / santé de la population
Sensibles aux déterminants de la santé
Axés sur la collaboration et coordonnés
Durables
Responsables
Systèmes d'information et partage de données
Compétences personnelles et professionnelles
Milieux sécuritaires et favorables
Collaboration et coordination
Pertinents et culturellement sûrs
Centrés sur la personne, le client et la famille
Dirigés par la communauté et axés sur celle-ci
Axés sur la qualité et fondés sur des données probantes
Prénatal, nourrisson, enfant, jeune, jeune adulte, adulte, aîné
Vision
Les membres, les familles et les communautés des Premières Nations bénéficient d'un niveau de santé et de mieux-être habilitant et holistique, de la naissance à la fin de la vie.
Ils sont soutenus par des environnements sains et un système de santé déterminé par les Premières Nations qui se veut complet, coordonné, adapté à la culture et durable
Domaines d'intervention
Objectifs
Leaders engagés
Enjeux de champs de responsabilité
Objectifs communs
Déterminants de la santé
Connaissances traditionnelles
Milieux durables
Forces et ressources existantes
L'autogestion de ses objectifs en santé et bien-être
Apprentissage et renforcement des compétences
Capacité de fournir des services de qualité et culturellement sûrs
Relations fondées sur le respect et la confiance
Capter les besoins sanitaires et sociaux locaux
Données communautaires
Normes, politiques et lignes directrices claires sur le partage de données

1.0 Introduction

1.1 Contexte

En 2011, il y avait 630 communautés des Premières Nations au Canada. Ces communautés varient considérablement pour ce qui est de la taille, des emplacements et des défis auxquels elles sont confrontées. Dans l'ensemble, elles connaissent des taux de maladies chroniques* disproportionnellement plus élevés par rapport à la population en général. On attribue cette réalité à une gamme de facteurs sociaux, géographiques et physiques qui sont qualifiés de déterminants sociaux de la santé[1]. En fait, les maladies chroniques constituent aujourd'hui les principales causes de morbidité, de mortalité et d'incapacité chez les Premières Nations. Cette tendance illustre le plus vaste problème des disparités en matière de santé entre les Premières Nations et les non-Autochtones au Canada.

La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) au sein de Services aux Autochtones Canada soutient un certain nombre de programmes et services communautaires visant à prévenir et à gérer les maladies chroniques chez les Premières Nations. Ces programmes sont financés de façon indépendante, ce qui peut présenter des défis lorsqu'il s'agit d'établir des liens avec les systèmes provinciaux/territoriaux et de soutenir la communication ou le travail d'équipe entre les fournisseurs de soins de santé et les clients. De tels obstacles ont l'inconvénient de renforcer les approches cloisonnées et axées sur les maladies, plutôt que de permettre d'offrir des services axés sur le client et la communauté[2 3 4 5 6 7 8].

Ce fut donc avec ces facteurs en tête qu'a été élaboré le présent document – *Prévention et gestion des maladies chroniques dans les communautés des Premières Nations*. Ce *Cadre* fournit une orientation pour les objectifs et les actions visant à améliorer les résultats pour la santé. Il détermine également les possibilités d'améliorer l'accès des personnes, des familles et des communautés à des services et à des mécanismes de soutien appropriés et adaptés à la culture, en fonction de leurs besoins, et ce, à n'importe quel point dans le continuum « *mieux-être – maladies chroniques* ».

Afin d'être fructueux, ces efforts doivent respecter et exploiter les forces des Premières Nations, dont la culture, la langue, les valeurs et les modes de connaissance.

1.2 Santé, mieux-être et culture des Premières Nations

Tout au long de l'élaboration de ce *Cadre*, la culture a été reconnue par les intervenants des Premières Nations comme la composante fondamentale de la santé et du mieux-être. Les valeurs culturelles, le savoir sacré, la langue et les pratiques des Premières Nations représentent des déterminants essentiels de la santé et du mieux-être des personnes, des familles et des communautés. Il s'agit là d'aspects uniques pour les diverses Premières Nations.

La promotion du mieux-être, par la prévention et la gestion des maladies chroniques, doit être contextualisée dans l'environnement des Premières Nations. Ces dernières ont indiqué qu'il est important de miser sur des services et des mécanismes de soutien communautaires pertinents et culturellement sécuritaires.

Malheureusement, dans de nombreuses communautés, les forces de la colonisation et d'autres déterminants ont modifié la vision du monde des Premières Nations, leur culture et leurs modes traditionnels de vie saine. Aussi, ces communautés font face à d'importantes difficultés qui continuent d'exercer un impact négatif sur leur santé et leur mieux-être.

* L'expression *maladie chronique* (au pluriel, généralement) désigne un ensemble d'affections qui évoluent lentement sur la longue durée. Voir la **Section 1.3** pour plus de précisions.

1.3 Que sont les maladies chroniques?

Les *maladies chroniques* peuvent miner de manière considérable la qualité de vie et limiter les activités quotidiennes. Le terme représente un ensemble d'affections qui sont de longue durée et qui évoluent généralement lentement. Pour cette raison, les maladies chroniques sont plus courantes avec le vieillissement, bien qu'elles puissent survenir à n'importe quel âge. Les maladies chroniques sont parfois appelées maladies non transmissibles (MNT), car elles ne sont pas transmises d'une personne à l'autre. En général, elles ne peuvent pas être prévenues par des vaccins ou guéries par des médicaments, bien que certaines d'entre elles puissent être gérées[9].

En dépit de leur prévalence, les maladies chroniques sont souvent silencieuses. Elles ont aussi tendance à être cumulatives, d'où l'importance de ne pas sous-estimer la promotion de la santé, la prévention des maladies et le dépistage précoce. Enfin, malgré leurs différences à de nombreux égards, les maladies chroniques partagent souvent un ensemble similaire de facteurs de risque.

Selon l'Agence de la santé publique du Canada, les facteurs de risque communs aux maladies chroniques pour toutes les populations comprennent des facteurs qui peuvent être modifiés. Parmi eux : le tabagisme (consommation non traditionnelle du tabac), l'abus d'alcool, l'augmentation de la pression artérielle (hypertension), l'inactivité physique, le taux élevé de cholestérol, l'embonpoint ou l'obésité, la mauvaise alimentation et l'augmentation de la glycémie[10].

Dans la société actuelle, la prévalence de ces gros facteurs de risque modifiables, jumelée aux facteurs de risque non modifiables, comme l'âge et l'hérédité, contribue à la majorité des nouveaux cas de maladies cardiaques, d'accidents vasculaires cérébraux, de maladies respiratoires chroniques et de certains cancers[12]. La relation entre ces facteurs de risque et les maladies chroniques les plus courantes est semblable au niveau mondial.

1.4 Déterminants de la santé

C'est un fait admis que les facteurs de risque modifiables (habitudes de vie), tels que l'activité physique et le tabagisme, sont influencés non seulement par les choix personnels, mais aussi par une variété de facteurs sociaux, économiques et culturels inhérents aux environnements dans lesquels les gens habitent, apprennent, travaillent et se divertissent. Ces *déterminants sociaux de la santé* touchent tous les aspects de la santé et contribuent à une compréhension plus complète des facteurs qui entraînent des disparités dans l'état de santé des Premières Nations[11].

Les efforts fructueux visant à améliorer les résultats pour la santé des Premières Nations doivent tenir compte de l'environnement socio-politique plus vaste, et des événements économiques et historiques qui ont fortement influé sur les réalités sociales et de santé actuelles des membres et des communautés des Premières Nations.

Les *déterminants de la santé propres aux Autochtones*[12] vont au-delà des questions de soins de santé et de prestation de services. De nombreuses Premières Nations font face à une grave pénurie de logements, à des taux élevés de chômage et à de faibles niveaux de scolarité[16]. Par extension, les causes fondamentales des

maladies affectant de nombreux Autochtones au Canada sont liées à des facteurs comme la pauvreté, des logements inférieurs aux normes, des obstacles à l'éducation et à l'insécurité alimentaire.

Ces autres déterminants sont enracinés dans un passé de colonisation et d'assimilation forcée, ce qui a nui à la culture, aux langues, aux droits fonciers et à l'autodétermination des Premières Nations. En tenant compte de cet héritage, la *décolonisation* est apparue comme une priorité pour les communautés et les chefs des Premières Nations. Par décolonisation, on entend un processus par lequel les Autochtones réclament leur culture traditionnelle, se redéfinissent en tant que peuple et réaffirment leur identité distincte[13].

Par ailleurs, des appels ont été lancés en faveur d'un processus parallèle de sensibilisation de la société canadienne, de façon à éliminer la stigmatisation et la discrimination contre les Premières Nations, tant sur le plan personnel qu'au niveau structurel de la société. Ces efforts visant à mettre en place des programmes de guérison efficaces et à réclamer l'identité culturelle sont reconnus comme étant des éléments clés de la revitalisation des communautés et de la réduction de l'impact des maladies chroniques.

1.5 Objet du présent *Cadre*

Ce *Cadre* n'a pas été conçu comme plan de mise en œuvre. Il s'agit plutôt d'un document d'orientation non prescriptif qui vise à aider les organisations à réfléchir à leurs propres efforts, à examiner les occasions d'amélioration et à déterminer les prochaines étapes qui s'appliquent à leur propre contexte. L'objectif est d'aider les communautés à répondre aux nouvelles possibilités au fur et à mesure qu'elles se présentent, ainsi qu'à réformer et à réorienter leurs programmes et services existants en matière de maladies chroniques (prévention et gestion) selon leurs propres priorités.

1.6 À qui le *Cadre* s'adresse-t-il?

Ce *Cadre* vise les communautés des Premières Nations. Plus précisément, il s'adresse à tous ceux qui planifient et offrent des services. Il peut également être utilisé pour éclairer les services à venir orientés par les Premières Nations.

L'orientation et les interventions proposées dans le *Cadre* ne peuvent être la responsabilité d'un parti ou une autorité unique. Un résultat positif exigera plutôt que tous les intervenants collaborent et coordonnent leurs efforts – ce qui peut inclure, entre autres, les chefs et les communautés des Premières Nations, Services aux Autochtones Canada, d'autres ministères fédéraux, ainsi que des organismes de santé provinciaux/territoriaux, régionaux et non gouvernementaux.

À l'instar des maladies chroniques, ce *Cadre* ne devrait pas être perçu en vase clos, mais être consulté en parallèle avec les autres ressources des Premières Nations portant sur la santé et le mieux-être.

2.0 Cadre d'orientation

2.1 Élaboration du *Cadre*

Ce *Cadre* a été élaboré à l'aide de deux sources principales : 1) les données probantes tirées de la documentation sur les maladies chroniques et 2) les connaissances autochtones recueillies grâce à une mobilisation active.

Un modèle en particulier, le *Modèle de soins chroniques élargi* (MSCE)[14], provenant de la recherche documentaire, a été adopté comme ensemble de paramètres pour guider les séances de mobilisation avec les Premières Nations. Ce modèle favorise la création d'équipes interdisciplinaires et inclusives élargies qui travaillent directement avec les mesures de soutien et les leaders de la communauté, tout en plaçant les clients au centre des soins.

Bien qu'ils ne soient pas aussi importants pour le processus de mobilisation que le MSCE, deux modèles additionnels, le continuum *« mieux-être – maladies chroniques*[15] *»* et *l'approche axée sur le parcours de vie*[16], ont été tirés de la base de données probantes et ont contribué à la mise en place de notions utiles pour ce *Cadre*.

Soutenues par cet ensemble de paramètres, des séances de mobilisation ont été organisées un peu partout au pays de mars à octobre 2013. L'objectif était de recueillir les commentaires des représentants régionaux et communautaires concernés par la santé des Premières Nations, des professionnels régionaux de la santé de la DGSPNI et des ministères de la santé provinciaux/territoriaux.

Dix séances ont eu lieu, auxquelles ont assisté 325 participants, parmi lesquels on comptait plus de 225 participants issus des communautés. Toutes, sauf une, ont été préparées par un organisme des Premières Nations. À la suite de ces séances, chaque région a préparé un rapport à la lumière des conclusions des discussions la concernant.

La mobilisation était axée sur trois priorités visant à élaborer un cadre propre aux Premières Nations : 1) définir une *vision* commune; 2) déterminer et décrire les *principes* clés; 3) échanger des idées et des connaissances, et des *approches communautaires* efficaces pour promouvoir la santé et prévenir et gérer les maladies chroniques.

Les résultats de cette mobilisation ont donné lieu à la ***vision***, à neuf ***principes directeurs***, à quatre ***domaines d'intervention*** et aux ***objectifs*** et ***activités*** connexes (issus des commentaires sur les approches communautaires) dans le but d'améliorer les résultats associés au mieux-être et aux maladies chroniques pour les Premières Nations.

2.2 Énoncé de vision

Aux fins des séances de mobilisation des Premières Nations, la ***vision*** a été définie comme une déclaration d'idéaux qui communique l'objet et la valeur d'une approche en matière de prévention et de gestion des maladies chroniques à l'intention des communautés. Il répond à la question *« Quels sont nos objectifs? »* Voici l'énoncé de la vision associée à l'amélioration des résultats en ce qui a trait à la prévention et à la gestion des maladies chroniques pour les Premières Nations :

« Les membres, les familles et les communautés des Premières Nations bénéficient d'un niveau de santé et de mieux-être habilitant et holistique, de la naissance à la fin de la vie. En cela, ils sont soutenus par des environnements sains et par un système de santé déterminé par les Premières Nations qui se veut complet, coordonné, adapté à la culture et durable. »

2.3 Principes directeurs

Ce *Cadre* repose sur neuf *principes*. Ils représentent des valeurs communes fondamentales qui fournissent une orientation, établissent des normes, guident les efforts et sous-tendent toutes les décisions liées aux maladies chroniques que les partenaires des Premières Nations concernés par la santé prennent pour l'avenir. *Ainsi, pour être efficaces, les politiques, programmes et services de lutte contre les maladies chroniques dans les communautés des Premières Nations doivent présenter les caractéristiques suivantes :*

1. Pertinents et sécuritaires du point de vue culturel
2. Centrés sur la personne, le client et la famille
3. Dirigés par la communauté et axés sur celle-ci
4. Axés sur la qualité et fondés sur des données probantes
5. Alignés sur les approches de promotion de la santé et de santé de la population
6. Tiennent compte de l'incidence des déterminants de la santé propres aux Autochtones
7. Axés sur la collaboration et coordonnés
8. Durables
9. Responsables

2.4 Domaines d'intervention

Les séances de mobilisation ont permis de cerner quatre *domaines d'intervention* primaires dans le continuum de prévention et de gestion des maladies chroniques où les améliorations pourraient avoir les meilleurs effets sur la santé et le bien-être des membres, des familles et des communautés :

1. Collaboration et coordination
2. Environnements sécuritaires et favorables
3. Compétences personnelles et professionnelles
4. Systèmes d'information et partage de données

Les *objectifs* particuliers de chaque domaine ont été formulés en fonction des commentaires collectifs recueillis durant les séances. Ces objectifs précisent et regroupent un ensemble discret de considérations stratégiques et d'activités proposées qui s'avèrent les plus pertinentes à chaque domaine. Des exemples de ces *activités* ont été offerts lors des séances de mobilisation qui pourraient servir, ou qui servaient déjà, à s'orienter vers la transformation du système, et démontrent comment l'objectif respectif pourrait être atteint.

1. COLLABORATION ET COORDINATION

De nombreux organismes de santé – régionaux, provinciaux/territoriaux et fédéraux – sont chargés de la prestation des programmes et services dans le continuum de la santé, qu'il s'agisse, entre autres, de promotion et de prévention ou de gestion et de soins. Or, pour qu'une telle fourniture soit efficace, cela exige un ferme engagement de la part des dirigeants des divers partenaires en santé, de façon à assurer une concertation et une coordination – à la fois entre eux et avec d'autres Premières Nations. C'est dans de telles conditions qu'ils pourront définir ensemble des objectifs communs et résoudre divers problèmes de champ de responsabilité. De tels leaders engagés – auxquels devront s'ajouter des fonds suffisants, selon les besoins affectés aux programmes et services –, voilà un facteur essentiel pour s'assurer que les membres, les familles et les communautés des Premières Nations reçoivent des services quand et où ils sont nécessaires.

OBJECTIF 1 Les leaders à tous les niveaux s'engagent à améliorer le système de santé actuel, à établir des partenariats efficaces, à favoriser l'apprentissage continu et à optimiser les ressources internes et externes.	
STRATÉGIES EN MATIÈRE DE CHANGEMENT	**ACTIVITÉS POTENTIELLES ET PROPOSÉES**
Les leaders à tous les niveaux soutiennent pleinement la prévention et la gestion des maladies chroniques en tant que priorité communautaire.	▸ Élaborer une vision communautaire pour la santé et le bien-être de la communauté. ▸ Élaborer un plan pour la mise en œuvre de la vision communautaire grâce à diverses logistiques, divers modes de financement et diverses formations. ▸ Adapter les mécanismes de budgétisation et de financement pour répondre aux priorités des communautés en s'appuyant sur un soutien de qualité et qui est durable à long terme. ▸ Créer et améliorer les liens avec le système de santé provincial/territorial afin de collaborer et de soutenir des services continus de prévention et de gestion des maladies chroniques. ▸ Soutenir les groupes communautaires locaux, les réseaux et les activités axées sur la santé et le mieux-être.
Soutenir l'intégration de programmes communautaires similaires (p. ex., les services de soins à domicile) pour améliorer la prestation des programmes de prévention et de gestion des maladies chroniques.	▸ Établir et maintenir des relations avec les fournisseurs de soins de santé fondées sur une approche interdisciplinaire qui favorise la promotion du travail d'équipe et la coordination des soins. ▸ Héberger tous les programmes et services de soins de santé dans le même immeuble au sein des communautés afin d'améliorer le travail d'équipe et de faciliter l'accès aux services pour les clients. ▸ Collaborer avec les aînés de la communauté ou les guérisseurs traditionnels afin de fournir des soins intégrés et adaptés à la culture.
Collaborer avec les autres stratégies et initiatives s'appliquant aux maladies chroniques.	▸ Coordonner les aspects des cadres, stratégies, initiatives et programmes actuels touchant la promotion de la santé, la prévention des maladies et les soins.

OBJECTIF 2

Les partenaires concernés par la santé des Premières Nations cernent et règlent les enjeux de champs de responsabilité pour que les clients puissent bénéficier d'un accès continu aux services de prévention et de gestion des maladies chroniques.

STRATÉGIES EN MATIÈRE DE CHANGEMENT	ACTIVITÉS POTENTIELLES ET PROPOSÉES
Collaborer avec d'autres communautés des Premières Nations, ainsi qu'avec les régies de la santé régionales, provinciales/territoriales et fédérales afin de *cerner* les enjeux de champs de responsabilité.	▸ Établir des ententes avec les provinces/territoires afin de définir clairement les types de services dont peuvent disposer les Premières Nations, ainsi que les responsabilités fédérales et provinciales/territoriales rattachées à la prestation des services de santé aux Premières Nations, de même que la responsabilisation à l'égard des résultats pour la santé des Premières Nations.
Collaborer avec d'autres communautés des Premières Nations, ainsi qu'avec les organismes de santé régionaux, fédéraux et provinciaux/territoriaux, afin de *régler* les enjeux de champs de responsabilité.	▸ Réduire l'impact des barrières d'accès aux services (notamment l'éloignement, la disponibilité de professionnels, le financement limité et le faible accès aux services spécialisés, tels que le dépistage du cancer et les cliniques de diagnostic de l'ETCAF). ▸ Établir des pratiques de collaboration (un client voit plusieurs professionnels lors de la même visite) en utilisant parallèlement le système provincial/territorial, et veiller à ce que le client ait accès, s'il y a lieu, à des soutiens culturels. ▸ Fournir un accès plus rapide aux services sociaux et de santé provinciaux/territoriaux, tout en s'assurant qu'y soient inclus la sensibilité et la sécurité culturelles, des soins appropriés, un soutien en matière de langue et la médecine traditionnelle.

OBJECTIF 3

Les partenaires et intervenants concernés par la santé des Premières Nations unissent leurs efforts pour définir des objectifs communs et s'engagent à rendre compte de leurs efforts de prévention et de gestion des maladies chroniques.

STRATÉGIES EN MATIÈRE DE CHANGEMENT	ACTIVITÉS POTENTIELLES ET PROPOSÉES
Établir des partenariats et des protocoles de service équitables et efficaces entre la communauté et les structures de service provinciales/ territoriales de manière à établir des approches axées sur des équipes interdisciplinaires aux rôles et responsabilités clairement définis.	▸ Créer le poste de coordonnateur de gestion de cas et de soins pour assurer la continuité des soins et préciser les rôles et responsabilités. ▸ Créer des équipes de soins intégrés et des plans de travail intégrés avec les travailleurs communautaires (comme les infirmières en santé communautaire, les infirmières de soins à domicile, les préposés aux services de soutien à la personne et à domicile, y compris les conseillers spirituels et les guérisseurs traditionnels).
Apporter des modifications aux pratiques de soins de santé en utilisant des méthodes d'amélioration de la qualité.	▸ Appliquer lignes directrices, normes, politiques et procédures relatives aux pratiques cliniques et mettre en place des interactions planifiées et des procédures de suivi actives (protocoles et processus de soins). ▸ Intégrer les programmes (variant de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et de la gestion des soins) en mettant l'accent sur le mieux-être holistique plutôt que sur la maladie comme telle. ▸ Fournir aux centres de santé communautaire locaux le financement nécessaire afin d'obtenir l'accréditation de mise et de permettre l'intégration et la qualité des soins.

2. MILIEUX SÉCURITAIRES ET FAVORABLES

Les milieux naturels, sociaux et physiques dans lesquels les gens vivent, apprennent, travaillent et jouent exercent un impact majeur sur la santé et la qualité de vie des gens. Les inégalités dans ces milieux sont à l'origine des problèmes de santé chez les Premières Nations. Les milieux favorables sont sécuritaires et respectueux pour tous ceux qui les utilisent ou les habitent. Ils sont associés à une variété de fonctions, notamment :

- Fournir l'accès aux services nécessaires et faire la promotion d'activités physiques saines et sécuritaires;
- Assurer l'accès à des aliments sains et abordables, et aux nécessités de base;
- Favoriser une saine alimentation et de bons choix de vie au travail et à l'école;
- Fournir des endroits sécuritaires pour prendre soin des aînés, des personnes handicapées et des personnes victimes de violence, et les soutenir.

Les milieux favorables englobent le monde naturel et la terre traditionnelle au sein et autour des communautés. Les Premières Nations s'efforcent de créer et de maintenir de tels milieux par le maintien de liens spirituels avec leurs terres ancestrales grâce à leurs langues, connaissances, pratiques et enseignements traditionnels, ainsi qu'à la gérance environnementale.

OBJECTIF 1 Les *déterminants de la santé* – tant sociaux que ceux propres aux Autochtones – ont été examinés.	
STRATÉGIES EN MATIÈRE DE CHANGEMENT	**ACTIVITÉS POTENTIELLES ET PROPOSÉES**
Les Premières Nations travaillent avec des partenaires interdisciplinaires et intergouvernementaux sur les questions liées au logement, à l'approvisionnement en eau potable, aux possibilités d'emploi, à la sécurité alimentaire et à l'infrastructure.	▸ Créer un plan ou un programme, au besoin ou selon le cas, qui répond à la crise de la pénurie de logements, aux risques environnementaux pour la santé, tels que les infestations de moisissures, de radon et de rongeurs, ainsi que les réparations nécessaires résultant de la détérioration de l'infrastructure de logement. ▸ Travailler avec les détaillants, les aînés et d'autres partenaires pour élaborer et renforcer les programmes d'accès aux aliments traditionnels (pourraient inclure les jardins communautaires, la préparation des aliments et les activités rattachées à la terre, comme la chasse, la pêche et la cueillette qui permettent d'obtenir des aliments traditionnels). ▸ Élaborer et partager des pratiques exemplaires (telles qu'elles sont définies par les Premières Nations) qui répondent aux déterminants de la santé sociaux et propres aux Autochtones. ▸ Élaborer des politiques qui favorisent des choix sains ainsi que des milieux sains et sécuritaires. ▸ Améliorer la collaboration et la coordination sur ces questions entre les divers ministères fédéraux.

OBJECTIF 2

Les visions du monde, les connaissances et la langue traditionnelles favorisent l'établissement de liens positifs avec les milieux naturels, sociaux et physiques.

STRATÉGIES EN MATIÈRE DE CHANGEMENT	ACTIVITÉS POTENTIELLES ET PROPOSÉES
Établir des pratiques pour protéger, préserver et améliorer les visions du monde, les connaissances et la langue traditionnelles afin de favoriser l'établissement de liens positifs avec les divers milieux.	▸ Élaborer et mettre en œuvre des programmes et des ressources d'apprentissages appropriés (dans les écoles primaires et secondaires, et les établissements d'enseignement postsecondaire) portant sur la relation historique entre les Premières Nations et le Canada, la colonisation et les mesures d'assimilation forcée, dont l'histoire et l'héritage des pensionnats indiens. ▸ Élaborer et mettre en œuvre des programmes scolaires qui respectent, protègent et préservent intégralement les langues et enseignements autochtones traditionnels. ▸ Collaborer avec les aînés ou les gardiens des connaissances traditionnelles afin d'enseigner les connaissances, la médecine, la guérison, les langues et les pratiques culturelles traditionnelles à l'école et dans le milieu. ▸ Organiser des rassemblements sociaux traditionnels (c.-à-d. des festins traditionnels) et des camps culturels (pour enseigner les langues et les façons traditionnelles de vivre et d'apprendre).

OBJECTIF 3 Des milieux favorables soutiennent des modes de vie sains et l'accès à des choix sains.	
STRATÉGIES EN MATIÈRE DE CHANGEMENT	**ACTIVITÉS POTENTIELLES ET PROPOSÉES**
Tous les partenaires collaborent pour élaborer des politiques publiques à l'appui de milieux sains et durables.	▸ Améliorer la sécurité de l'infrastructure communautaire (trottoirs, terrains de jeu, clôtures, immeubles, etc.). ▸ Appliquer les règlements administratifs qui font la promotion d'espaces extérieurs sécuritaires (p. ex., empêcher les chiens de se promener sans laisse). ▸ Modifier l'infrastructure communautaire afin de favoriser davantage les activités physiques extérieures (sentiers pédestres, parcs à vélos, meilleur éclairage, etc.). ▸ Améliorer l'accès aux lieux d'hébergement pour les personnes handicapées ou souffrant de maladies chroniques (soins en établissement ou foyers de groupe), y compris le soutien aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. ▸ Élaborer une stratégie de soins à domicile pour les aînés. ▸ Concevoir et mettre en œuvre des campagnes pour promouvoir des foyers, des lieux de travail et des espaces publics sans fumée. ▸ Désigner des milieux favorables à l'allaitement et des espaces sans fumée au sein des communautés.

OBJECTIF 4

Les forces et ressources existantes de la communauté servent de fondement au progrès.

STRATÉGIES EN MATIÈRE DE CHANGEMENT	ACTIVITÉS POTENTIELLES ET PROPOSÉES
Encourager toutes les ressources et tous les intervenants de la communauté à participer collectivement à l'autodétermination en matière de planification de la santé communautaire.	▸ Créer un comité affecté à la santé communautaire (représentant, entre autres, les garderies, les écoles et les services sociaux). ▸ Encourager le bénévolat en instituant un programme de reconnaissance des bénévoles. ▸ S'appuyer sur des modèles de comportement et renforcer les valeurs culturelles par le truchement de partage et d'activités intergénérationnelles. ▸ Mettre en œuvre une campagne de sensibilisation à l'importance de la mise en place de saines politiques publiques. ▸ Élaborer et mettre en œuvre de saines politiques publiques au sein de la communauté (p. ex., formation sur la façon d'appliquer les règlements administratifs sur le contrôle animal). ▸ Encourager la création et l'expansion de clubs de jeunes (tels que les groupes de percussions, de chant et de danse), afin de développer les compétences de leadership chez les jeunes et de promouvoir la confiance en soi.

3. COMPÉTENCES PERSONNELLES ET PROFESSIONNELLES

Des ressources appropriées, ainsi que des possibilités d'apprentissage et du soutien (de la part des fournisseurs de soins de santé, de la famille, des membres de la communauté ou d'autres personnes respectées, tels que les aînés et les pairs) favorisent l'autogestion. Tous les membres de la communauté peuvent bénéficier de l'information sur la santé et le mieux-être associée aux maladies chroniques, des ressources de prise en charge personnelle et des programmes collectifs accessibles et adaptés à la culture.

L'amélioration des compétences professionnelles consiste à fournir aux travailleurs de la santé de meilleurs outils pour la promotion de la santé, la prévention et la gestion des maladies chroniques, et à renforcer leur capacité à soutenir les clients de manière culturellement sécuritaire et appropriée.

OBJECTIF 1

Les personnes et les familles établissent leurs propres objectifs en matière de santé et de mieux-être qui reposent sur les connaissances traditionnelles et la santé holistique.

STRATÉGIES EN MATIÈRE DE CHANGEMENT	ACTIVITÉS POTENTIELLES ET PROPOSÉES
Soutenir les personnes et les familles dans leurs efforts d'autogestion du mieux-être et des maladies chroniques de façon culturellement sécuritaire.	▸ Faire participer les personnes, les familles et les soignants informels à la prise de décisions communes, à la planification des soins et à l'établissement des objectifs. ▸ Fournir aux clients et à leur famille l'accès à des programmes d'éducation culturellement sécuritaires, ainsi qu'à de l'information sur la santé. ▸ Travailler avec les aînés pour traduire en langue traditionnelle les renseignements occidentaux sur la santé, le mieux-être et les médicaments. ▸ Organiser ou encourager la création de groupes de soutien animés par des pairs pour les personnes souffrant de problèmes de santé ou vivant avec une maladie chronique. ▸ Offrir un suivi individuel et familial à l'aide d'une approche interdisciplinaire coordonnée.

OBJECTIF 2 Des activités d'éducation et de renforcement des compétences appropriées sont en place afin de promouvoir la santé et le mieux-être.	
STRATÉGIES EN MATIÈRE DE CHANGEMENT	**ACTIVITÉS POTENTIELLES ET PROPOSÉES**
Encourager l'utilisation d'une approche communautaire en matière de santé et de mieux-être.	▸ Intégrer les leçons sur une vie saine au programme scolaire, notamment des cours d'économie familiale, de cuisine, de santé et d'éducation physique. ▸ Fournir des possibilités d'éducation aux enfants et aux jeunes pour les sensibiliser aux modes de vie sains fondés sur la culture et aux pratiques de prise en charge des maladies chroniques. ▸ Organiser des groupes de parents afin de favoriser l'adoption d'approches positives en matière d'éducation des enfants fondée sur les traditions et la culture. ▸ Repérer des champions communautaires et des modèles de comportement qui mettent en pratique de saines habitudes de vie et qui inspirent d'autres personnes à faire des choix sains. ▸ Promouvoir les modes de vie sains propres à chaque population et culturellement sécuritaires et des activités de prévention des maladies par l'entremise des médias sociaux, de la radio, d'Internet et des tableaux d'affichage communautaires. ▸ Organiser des campagnes de sensibilisation auprès de la communauté pour dissiper les idées reçues entourant les maladies et troubles chroniques courants.

OBJECTIF 3 Les fournisseurs de soins de santé ont la capacité de fournir des services de qualité supérieure et culturellement sécuritaires.	
STRATÉGIES EN MATIÈRE DE CHANGEMENT	**ACTIVITÉS POTENTIELLES ET PROPOSÉES**

Donner aux fournisseurs de soins de santé la formation, les compétences et les connaissances nécessaires à la réalisation d'activités de prévention et de gestion des maladies chroniques de qualité supérieure et culturellement sécuritaires.	▸ Fournir des services de première ligne dotés de fonds et de personnel suffisants afin de :
	  ▸ s'assurer que les professionnels de la santé suivent les cours de formation obligatoires;
	  ▸ promouvoir des soutiens pour les soins auto-administrés dans le but de prévenir l'épuisement professionnel au travail.
	▸ Créer un environnement de travail sain qui conjugue leadership, sécurité culturelle, travail d'équipe efficace, processus de soins normalisés, apprentissage continu et mesures d'amélioration.
	▸ Fournir une orientation régulière aux fournisseurs de soins sur les services, programmes et ressources disponibles, ainsi que de la formation sur la façon d'aider les clients à accéder aux soutiens et aux services nécessaires (« comment naviguer dans le système »).
	▸ Élaborer des protocoles pour l'échange de renseignements et de connaissances (c.-à-d. la télémédecine) et établir des liens pour faciliter l'amélioration de la communication, l'établissement de relations, et le réseautage entre partenaires.
	▸ Former les travailleurs de la santé dans les domaines de la sécurité culturelle, de la communication, des techniques d'entrevue motivationnelle et des techniques d'éducation liées à l'autogestion des maladies chroniques.

OBJECTIF 4 Les fournisseurs de soins de santé travaillent avec leurs clients dans une relation fondée sur la confiance, le respect et une communication ouverte.	
STRATÉGIES EN MATIÈRE DE CHANGEMENT	**ACTIVITÉS POTENTIELLES ET PROPOSÉES**
Renforcer la capacité des fournisseurs de soins de santé à travailler avec leurs clients dans une relation fondée sur la confiance, le respect et une communication ouverte.	▸ Former les fournisseurs de soins sur l'établissement de relations, la compétence culturelle et la sécurité culturelle. ▸ Former les fournisseurs de soins de santé pour en faire des moniteurs, des mentors et des animateurs. ▸ Mettre en place une formation polyvalente sur les rôles et responsabilités à l'intention des fournisseurs de soins de santé travaillant au sein d'une équipe pour leur permettre d'approfondir leurs connaissances et savoir-faire, et de s'assurer que le champ d'exercice est bien défini pour chacun d'eux.

4. SYSTÈMES D'INFORMATION ET PARTAGE DE DONNÉES

L'utilisation de systèmes d'information est essentielle au soutien des processus de changement. Ces systèmes captent des données sur la santé et les besoins sociaux d'une communauté. Ces données peuvent servir à la planification, à la coordination, à la prise de décisions et à la communication avec les fournisseurs de soins. Dans une situation idéale, l'information sur la démographie, la santé de la communauté et les tendances culturelles, sociales et économiques est jumelée aux évaluations des besoins et des forces qui sont menées par des groupes communautaires.

Pour que cela fonctionne, les systèmes d'information utilisés par les services communautaires (y compris les rapports de surveillance et les registres des clients) et ceux employés au niveau provincial/territorial doivent être compatibles, efficaces et bien intégrés. Des lignes directrices claires et un mécanisme de partage de données doivent être établis pour s'assurer que l'information sur le client est communiquée de manière sécuritaire et acceptable, conformément aux principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession (PCAP [MD]).

PCAP[MD] est un sigle pour le modèle de principes « propriété, contrôle, accès et possession ». Créé par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN), ce modèle informe les communautés des raisons pourquoi leurs renseignements sont recueillis, utilisés ou partagés, comment ils le sont et par qui. Ces principes témoignent de l'engagement des Premières Nations à utiliser et à échanger de l'information de façon à conférer des avantages pour la communauté et à réduire au minimum les risques (CGIPN, 2014). Pour un complément d'information sur les principes PCAP[MD], voir : http://ir.lib.uwo.ca/iipj/vol5/iss2/3

« Par la nature de la relation entre l'État et les Premières Nations et des responsabilités qu'il a envers celles-ci, le Canada recueille et stocke plus de renseignements sur les membres des Premières Nations que sur tout autre groupe au Canada. La collecte, l'utilisation et la diffusion de ces renseignements sont régies par la *Loi sur la protection des renseignements personnels* (gouvernement du Canada, 1985b), la *Loi sur l'accès à l'information* (gouvernement du Canada, 1985a) et la *Loi sur la Bibliothèque et les Archives du Canada* (*LBAC*) qui s'appliquent collectivement et exclusivement aux institutions gouvernementales fédérales (Banks et Hébert, 2004). Bien que la *Loi sur la protection des renseignements personnels* protège les renseignements personnels, la *Loi sur l'accès à l'information* et la *Loi sur la Bibliothèque et les Archives du Canada* constituent des obstacles législatifs pour les principes PCAP[MD]... » (http://fnigc.ca/sites/default/files/docs/ocap_path_to_fn_information_governance_en_final.pdf, 2014, p. 2).

OBJECTIF 1

Les systèmes d'information de la communauté sont conçus pour capter les besoins sociaux et de santé locaux.

STRATÉGIES EN MATIÈRE DE CHANGEMENT	ACTIVITÉS POTENTIELLES ET PROPOSÉES
Les chefs et les experts en données des Premières Nations travaillent ensemble afin que les communautés puissent recueillir, posséder et protéger leurs propres données sur la santé.	▸ Élaborer un système de dossiers médicaux électroniques (DME) à vocation communautaire et en assurer la compatibilité avec les systèmes provinciaux/territoriaux et hospitaliers. ▸ Former le personnel communautaire et offrir un soutien continu au niveau de l'utilisation du système d'information afin de garantir la qualité des données et une analyse spécialisée. ▸ S'assurer que le système permet la sauvegarde continue et l'archivage de l'information.

OBJECTIF 2

Des données communautaires sont utilisées pour promouvoir l'amélioration de la qualité des programmes et services des Premières Nations.

STRATÉGIES EN MATIÈRE DE CHANGEMENT	ACTIVITÉS POTENTIELLES ET PROPOSÉES
Élaborer des indicateurs de santé communautaire appropriés à l'intérieur des systèmes d'information.	▸ Inclure des indicateurs dans les systèmes d'information, fondés sur des données probantes, qui s'appliquent aux communautés et qui favorisent l'amélioration de la qualité des programmes et services. ▸ Élaborer un système de surveillance de la santé publique détaillé et dirigé par la communauté, y compris des indicateurs appropriés, ainsi que des méthodes de collecte systématiques et rapides. ▸ Utiliser des indicateurs fondés sur des éléments probants pour promouvoir l'amélioration de la qualité. ▸ Établir des registres communautaires de clients dans les systèmes d'information du milieu.

OBJECTIF 3

Des normes, politiques et lignes directrices claires sur le partage de données sont en place pour assurer la confidentialité du client, ainsi que la sûreté et la sécurité du système.

STRATÉGIES EN MATIÈRE DE CHANGEMENT	ACTIVITÉS POTENTIELLES ET PROPOSÉES
Élaborer des normes, politiques et lignes directrices claires, ainsi que des protocoles de partage de données.	▸ Assurer une participation précoce, fréquente et continue de la communauté au processus d'élaboration des normes, politiques et lignes directrices. ▸ Partager des pratiques exemplaires sur le rendement du système, les modèles à suivre et les enjeux afin d'aider d'autres communautés à élaborer leur propre système d'information. ▸ Dresser un plan sur la façon dont les gens (et les systèmes) collaboreront; établir clairement les rôles et l'accès au système pour s'assurer que les besoins en matière de santé et les données sur la santé des clients demeurent privés, confidentiels et étroitement protégés de toute utilisation malveillante. ▸ Créer des systèmes de collecte de données qui seront pris en charge, contrôlés, gérés et hébergés par les communautés, et s'efforcer d'être entièrement conforme aux principes PCAP[MD]. ▸ Officialiser les normes, politiques et lignes directrices au moyen d'ententes entre les partenaires.

3.0 Conclusion

Les suggestions présentées dans le présent document par les Premières Nations sont des exemples de ce qui est nécessaire pour répondre aux taux croissants de maladies chroniques afin de promouvoir une meilleure qualité de vie pour les membres et les familles et pour, au bout du compte, améliorer la santé des communautés.

Les partenaires et les intervenants qui ont participé à des séances de mobilisation souhaitaient que le *Cadre* crée un *environnement propice* qui servirait à guider la prévention et la gestion efficaces des maladies. Le processus d'élaboration du *Cadre* témoignait de cette demande. Pour la première fois, les défis ont été abordés en fonction des besoins réels exprimés par les communautés, en utilisant leurs forces comme base, dans le but de les renforcer pour l'avenir.

En effet, l'un des avantages essentiels du *Cadre*, c'est qu'il peut être utilisé pour la planification à l'échelle communautaire. La façon dont ce *Cadre* sera mis en œuvre par les Premières Nations dépendra de la discrétion totale des communautés, selon les besoins et les priorités particulières, et dans les limites des réalités financières et des ressources humaines qui existent au sein des communautés autochtones.

Ce *Cadre* peut également servir à l'échelle régionale et nationale pour renforcer les programmes et services fédéraux de prévention et de gestion des maladies chroniques, de même que pour guider le mécanisme d'élaboration de politiques.

Des réponses efficaces de la part des communautés des Premières Nations passent par des moyens nouveaux et novateurs d'aborder la prévention et la gestion des maladies chroniques. En tant que tel, ce *Cadre* se révélera le plus efficace en tant que processus tourné vers l'avenir et évolutif en réponse aux expériences de la communauté lorsqu'elle s'emploie à atteindre les *objectifs* énoncés et à réaliser les *activités* proposées.

L'aspiration ultime, c'est que les mesures prises maintenant en réponse au *Cadre* aboutissent à une amélioration de la santé et de la qualité de vie, ainsi qu'à un renforcement des économies pour les Premières Nations, pour autant que les communautés réalisent des progrès constants en faveur de la *vision* que voici :

« Les membres, les familles et les communautés des Premières Nations bénéficient d'un niveau de santé et de mieux-être habilitant et holistique, de la naissance à la fin de la vie. En cela, ils sont soutenus par des environnements sains et par un système de santé déterminé par les Premières Nations qui se veut complet, coordonné, adapté à la culture et durable. »

Notes de fin de document

1 Adelson N. The embodiment of inequity: Health disparities in Aboriginal Canada. *Canadian Journal of Public Health*. 2005, 96 (2): S45-S61.

2 Saint Elizabeth First Nations, Inuit and Metis Program. *"Walk a Mile in my Moccasins". Foundation for Action in First Nations Cancer Control*. Financement fourni par le Partenariat canadien contre le cancer. 2012.

3 Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada. *Chronic Disease Prevention and Management Resource Toolkit*. 2010 [consulté le 24 nov. 2016]. Accès : http://oldsite15.von.ca/special_projects/ahi_Chronic%20Disease%20Management.aspx

4 Federations of Saskatchewan Indians. *Health Empowerment for You (H.E.Y) training program: Trainer and participant manuals*. 2012.

5 Santé Canada. *Recognizing Strengths-Building for the Future: Primary Health Care Service Delivery in Remote and Isolated First Nations Communities, Final Report and Recommendations*. Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. 2012.

6 Santé Canada. Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI). *Aboriginal Diabetes Initiative Regional Renewal Discussions: Summary Report*. DGSPNI. 2009.

7 Santé Canada. Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. *Chronic Disease Prevention and Management in First Nations and Inuit Communities: Care model, current status and next steps*. 2011.

8 McComber A. *Community Diabetes Prevention Worker Regional Forum Report*. 6e Conférence nationale de Diabète Canada. 2011.

9 Organisation mondiale de la santé. *Chronic Diseases and their common risk factors*. 2010 [consulté le 2 nov. 2016]. Accès : http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/Factsheet1.pdf

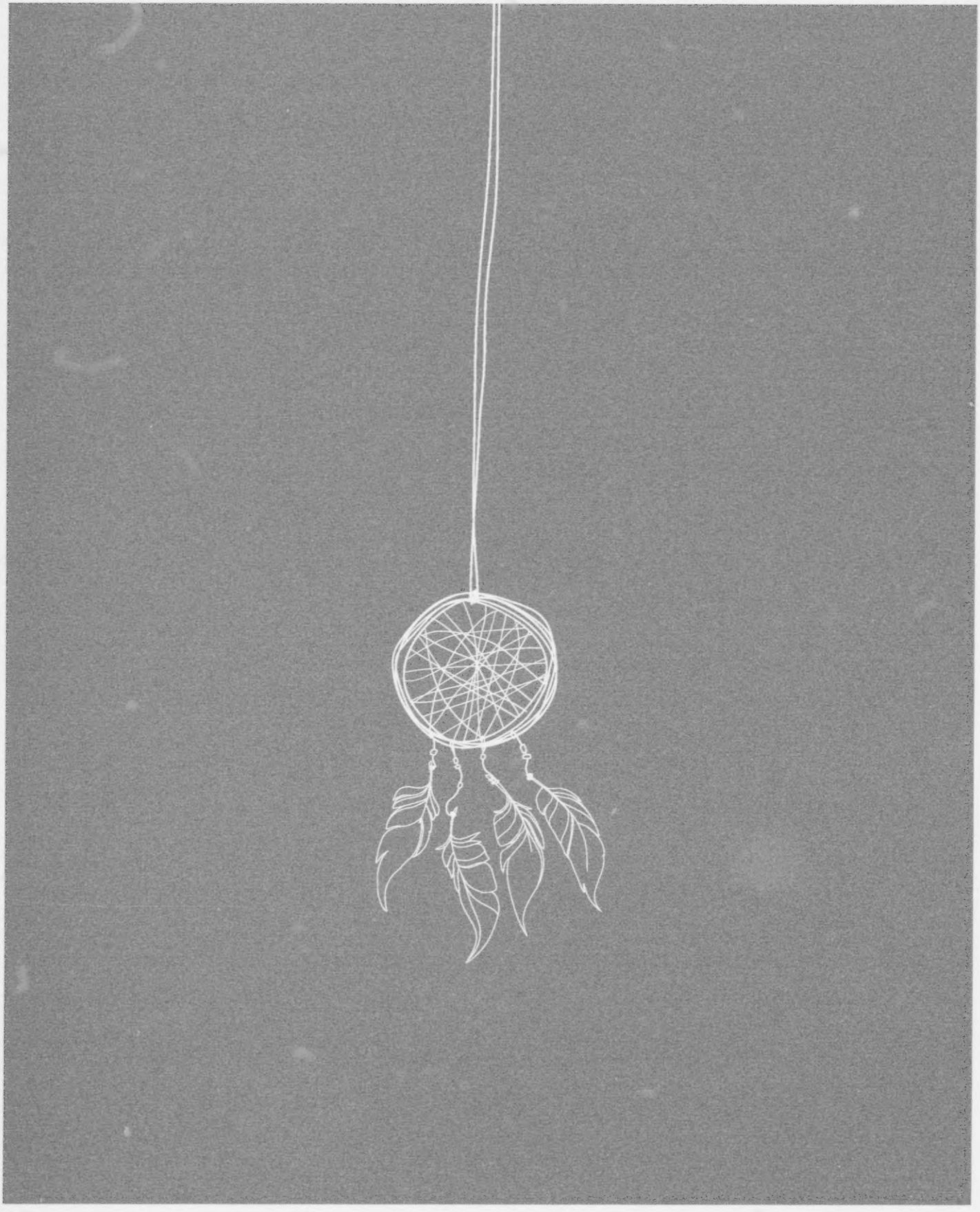
10 Agence de la santé publique du Canada. *Facteurs de risque des maladies chroniques*. (s.d.) [consulté le 30 nov. 2016]. Accès : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/facteurs-risque-maladies-chroniques.html

[11] Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*. Ottawa (ON) : ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. 1999 [consulté le 24 nov. 2016]. Accès : publications.gc.ca/collections/Collection/H39-468-1999F.pdf

[12] Assemblée des Premières Nations. *First Nations Wholistic Policy and Planning: A transitional discussion document on the social determinants of health*. 2013 [consulté le 17 févr. 2017]. Accès : http://health.afn.ca/uploads/files/sdoh_afn.pdf

[13] Mussell B. Cultural Pathways for Decolonization, *Visions: BC Mental Health and Addictions Journal*. 2008 [consulté le 16 mars 2017] 5(1) 4. Accès : http://www.heretohelp.bc.ca/sites/default/files/visions_aboriginal_people.pdf

[14] Barr V, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D *et al*. The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Healthcare Quarterly* [Internet]. 2003 [consulté le 24 nov. 2016];7(1):73-82. Accès : http://www.longwoods.com/content/16763

[15] Australian Health Ministers' Advisory Council. (2001). *Preventing Chronic Disease: A Strategic Framework*. 2001 [consulté le 24 nov. 2016] Accès : http://www.health.vic.gov.au/archive/archive2014/nphp/publications/strategies/chrondis-bgpaper.pdf

[16] Reading J. *The Crisis of Chronic disease Among Aboriginal Peoples: A Challenge for Public Health, Population Health and Social Policy*. Centre for Aboriginal Health Research. 2009.